

seram 34

Sociedad Española de Radiología Médica

Congreso Nacional

PAMPLONA **24 MAYO**
27 2018

Palacio de Congresos Baluarte

23 mayo Cursos Precongreso

HALLAZGOS EN RM DE LAS PIOMIOSITIS INFECCIOSAS EN SUS DISTINTOS ESTADIOS Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

**Jesús Jiménez del Río, Angel Quispe-
Mauricio, M^a Isabel Fernández Martínez,
Pedro Álvarez Vallespín.**

**Servicio de Radiodiagnóstico.
Hospital Universitario
Príncipe de Asturias, Alcalá
de Henares, Madrid.**



Definición

Infección supurativa del músculo estriado.
Frecuencia baja, más frecuente en gente joven.

Potencialmente grave si no se establece un diagnóstico y tratamiento lo mas precoz posible.

Tipos

Primaria:

Diseminación hematógena sin foco o puerta de entrada

Secundaria:

Por infección de un sitio adyacente, hueso o tejidos blandos

PIOMIOSITIS PRIMARIA

Clasificación

Tropical y No tropical (en desuso por solapamiento de la clínica y hallazgos)

Etiología

S. aureus (80%), otros: S. pyogenes, E. coli, Y. enterocolitica

Localización

Cualquier localización, más frecuente en los músculos proximales de pierna y tronco. Puede presentar afectación múltiple o bilateral(20%)

Patogénesis

No aclarada

Bacteriemia transitoria sin foco inicial conocido

Trauma muscular previo, hasta dos semanas antes, ejercicio extenuante, miositis...

Factores de riesgo: DM, VIH, neoplasias, alcohol, colagenopatías, uso de corticoides...

Diagnóstico:

Sospecha clínica

No datos específicos y pocos síntomas sobre todo los primeros días

Analítica

Leucocitosis y aumento de reactantes fase aguda

Pruebas de imagen:

Ecografía

TC

Medicina nuclear

RM

Confirmación bacteriológica

Hemocultivos/ punción colecciones

Estadíos

I- Invasivo:

Fiebre baja, molestias musculares, malestar general

Imagen: edema ,hinchazón muscular, sin colecciones definidas

II - Supurativo:

Aumento del dolor, rigidez, mayor inflamación local

Imagen: formación de abscesos (colecciones con pared bien definidas con realce de las paredes en secuencias postcontraste)

III - tardío (En función del manejo de la enfermedad)

Infección remite o empeoramiento con complicaciones sistémicas

Imagen: disminución progresiva de la afectación/ empeoramiento con aumento de las colecciones

I- Invasivo:

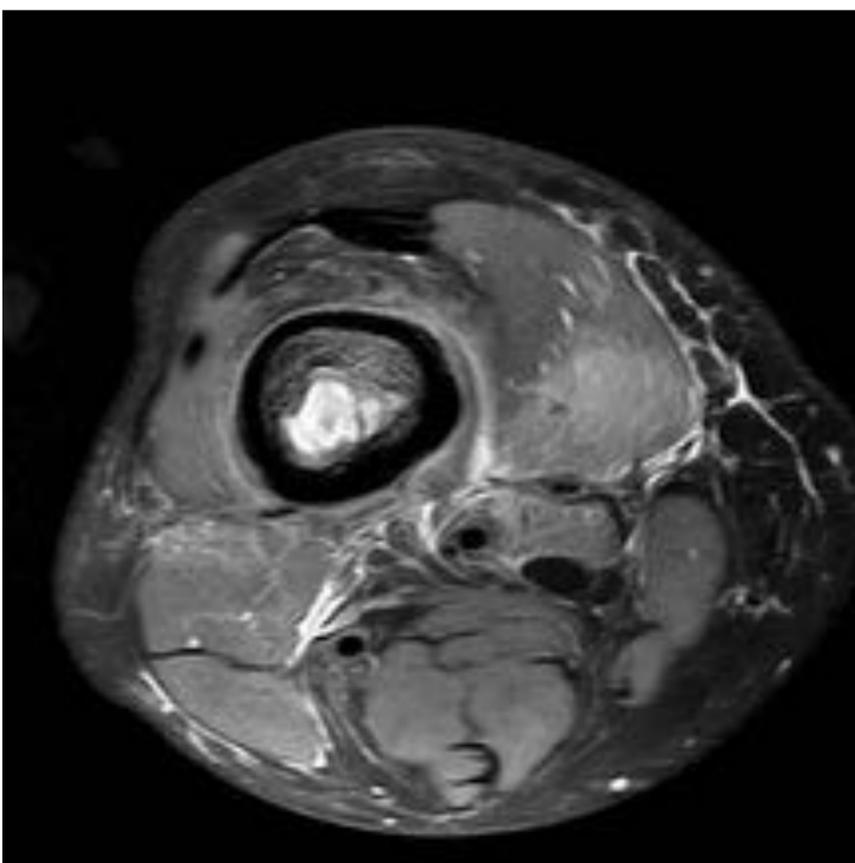
Clínica:

Fiebre baja, molestias musculares, malestar general

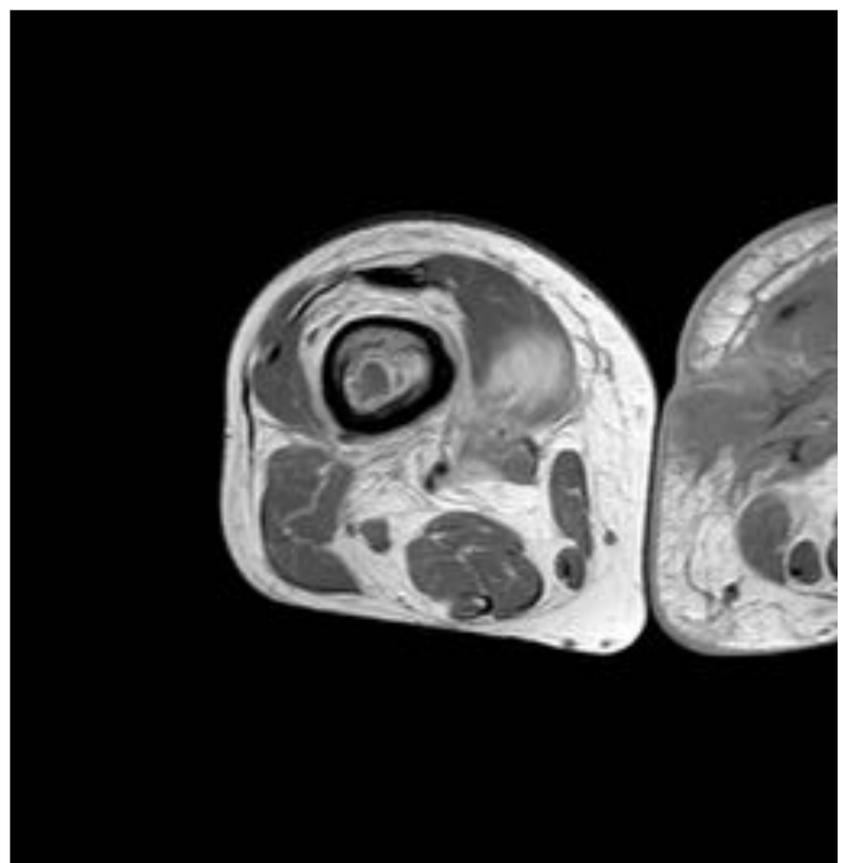
Imagen:

Ecografía: Zonas hiperecogénicas, mal definidas. Aumento volumen respecto contralateral

RM: edema ,hinchazón muscular, sin colecciones definidas. Isointensas en T1 e hiperintensas en secuencias TR largo. Puede existir cierta captación en secuencias postcontraste



Axial T2 FS: hiperseñal mal definida en relación con edema en vasto externo



Axial T2: edema en vasto externo

I- Invasivo:

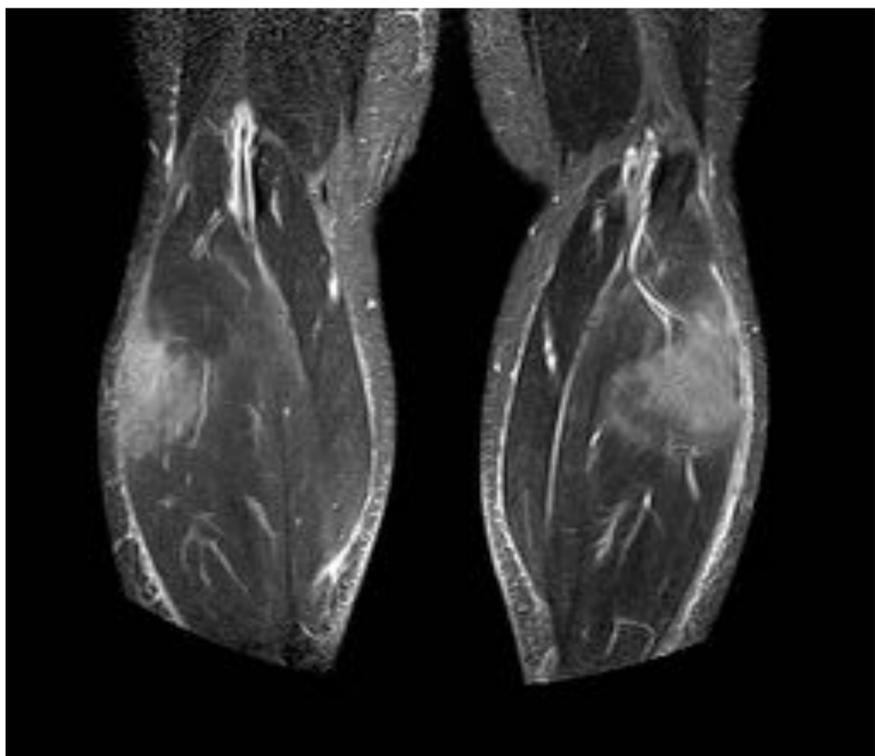
Clínica:

Fiebre baja, molestias musculares, malestar general

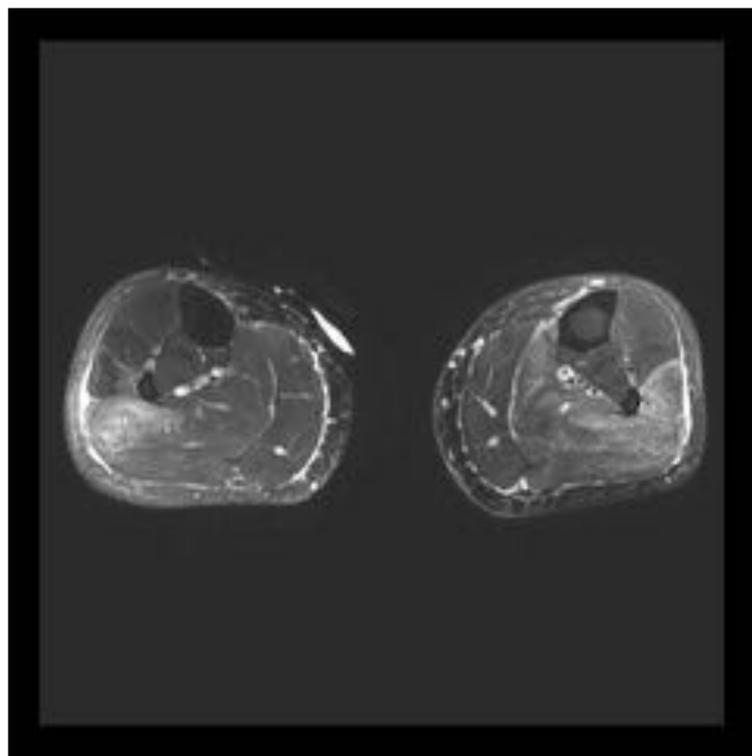
Imagen:

Ecografía: Zonas hiperecogénicas, mal definidas. Aumento volumen respecto contralateral

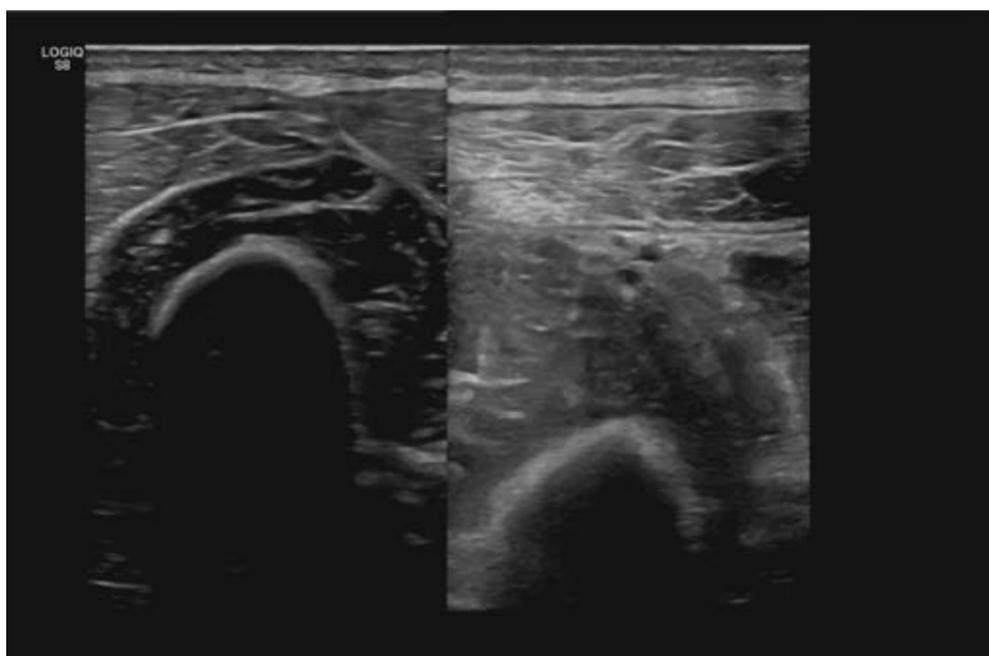
RM: edema, hinchazón muscular, sin colecciones definidas. Isointensas en T1 e hiperintensas en secuencias TR largo. Puede existir cierta captación en secuencias postcontraste



Coronal T2 FS: edema en gemelos externos



Axial T2 FS : edema en gemelos externos



Corte axial de ecografía con aumento mal definido de la ecogenicidad y asimetría respecto al contralateral

II - Supurativo:

Clínica:

Aumento del dolor, rigidez, mayor inflamación local, eritema

Imagen:

formación de abscesos

Ecografía: Colecciones hipoecoicas con pared bien definida

RM: Colecciones bien definidas hipo/ isointensas en T1 e hiperintensas en TR largo y captación de paredes en secuencias postcontraste. Edema muscular adyacente



Coronal T1: lesión isodensa en musculatura anterior del muslo



Coronal T1 postcontraste: Captación de paredes de colección en musculatura anterior del muslo

II - Supurativo:

Clínica:

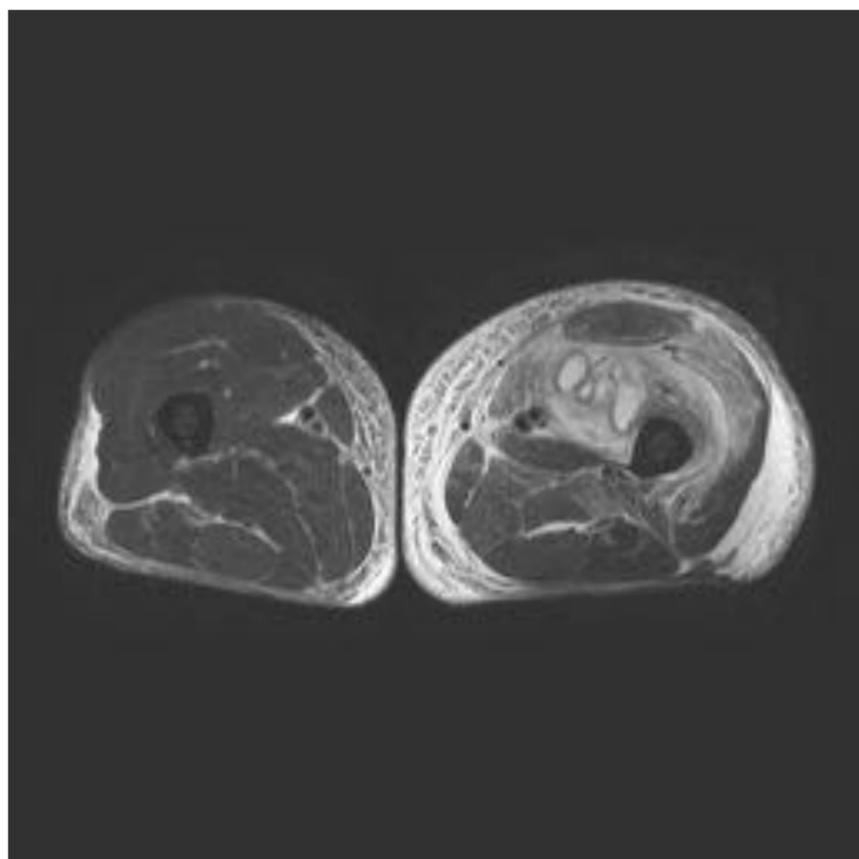
Aumento del dolor, rigidez, mayor inflamación local, eritema

Imagen:

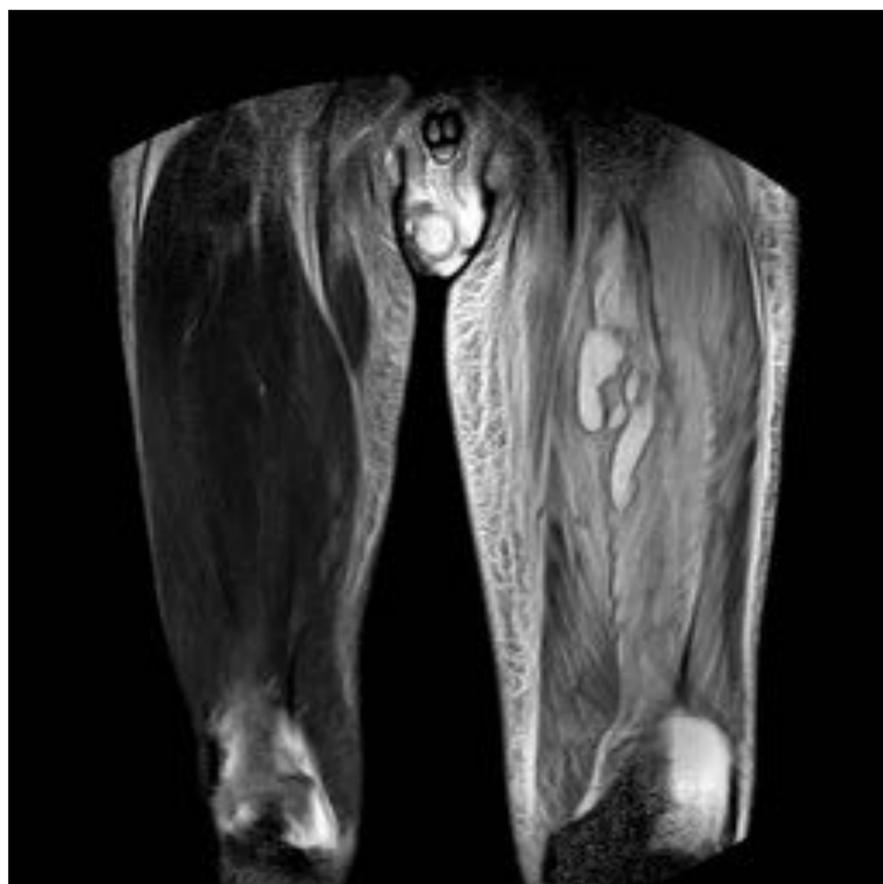
formación de abscesos

Ecografía: Colecciones hipoecoicas con pared bien definida

RM: Colecciones bien definidas hipo/ isointensas en T1 e hiperintensas en TR largo y captación de paredes en secuencias postcontraste. Edema muscular adyacente



Axial T2 : edema y colección en musculatura anterior del muslo



Coronal T2: edema y colección en musculatura anterior del muslo

II - Supurativo:

Clínica:

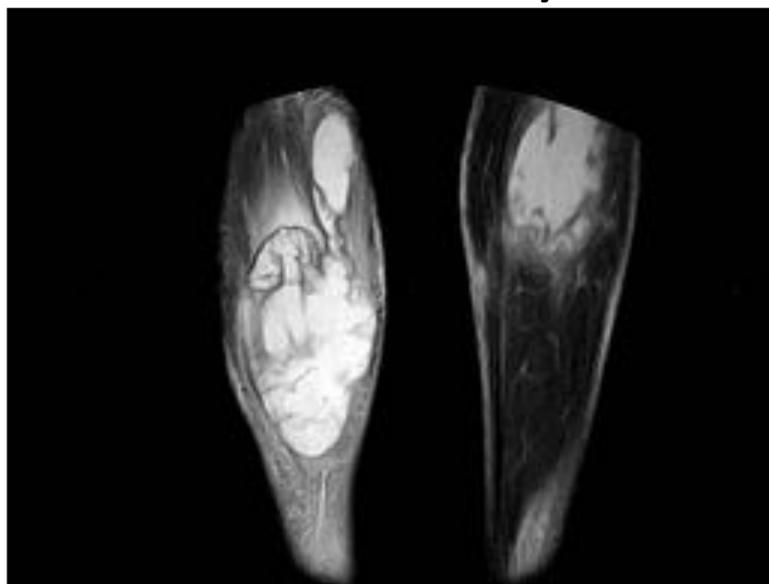
Aumento del dolor, rigidez, mayor inflamación local, eritema

Imagen:

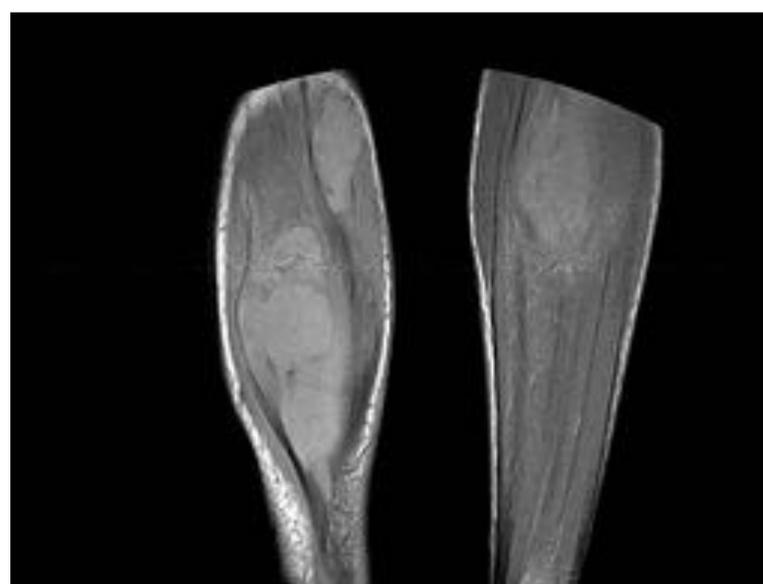
formación de abscesos

Ecografía: Colecciones hipoecoicas con pared bien definida

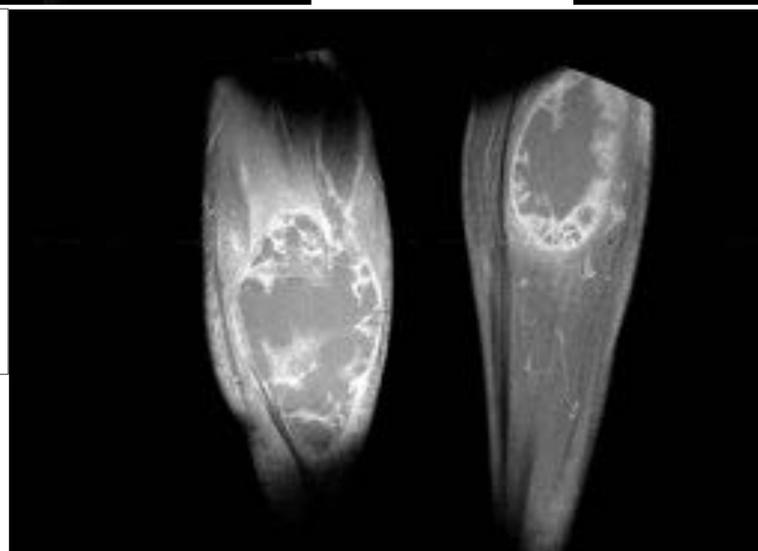
RM: Colecciones bien definidas hipo/ isointensas en T1 e hiperintensas en TR largo y captación de paredes en secuencias postcontraste. Edema muscular adyacente



Coronal T2:
edema y
colección en
gemelos



Coronal T1:
edema y
colección en
gemelos



Coronal T1 postcontraste: captación de
colecciones en gemelos

II - Supurativo:

Clínica:

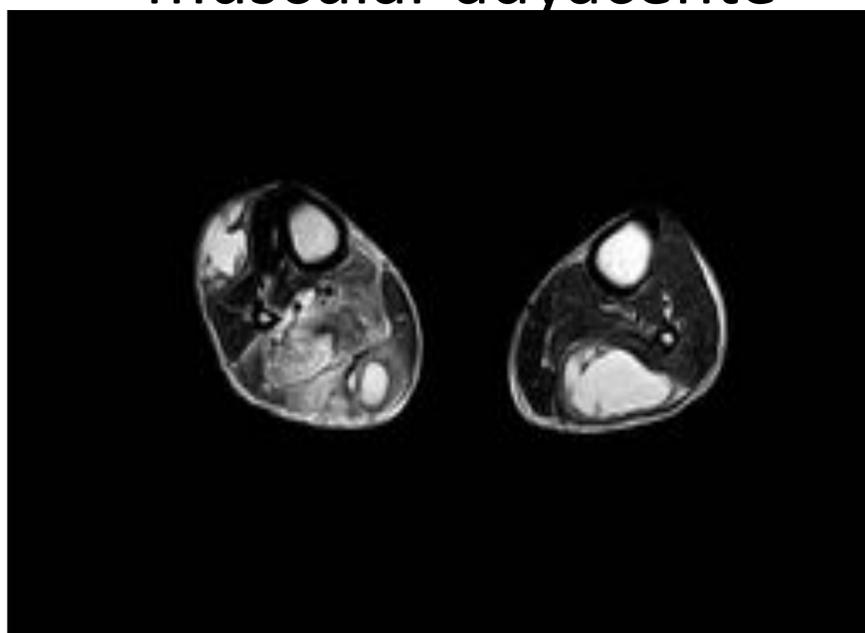
Aumento del dolor, rigidez, mayor inflamación local, eritema

Imagen:

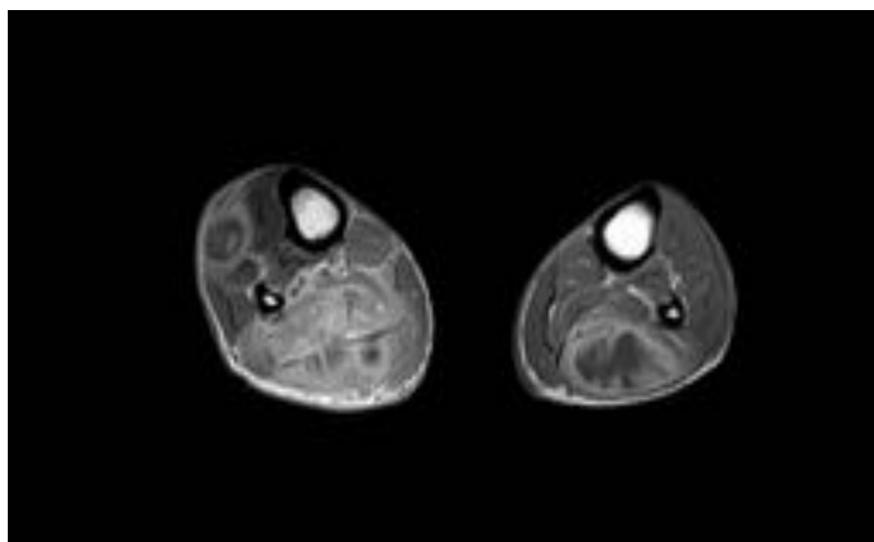
Formación de abscesos

Ecografía: Colecciones hipoecoicas con pared bien definida

RM: Colecciones bien definidas hipo/ isointensas en T1 e hiperintensas en TR largo y captación de las paredes en secuencias postcontraste. Edema muscular adyacente



Axial T2: edema y colección en gemelos y soleo



Axial T1 postcontraste: captación del edema y colección gemelos y soleo



Ecografía: colección bien definida hipoecogénica pierna

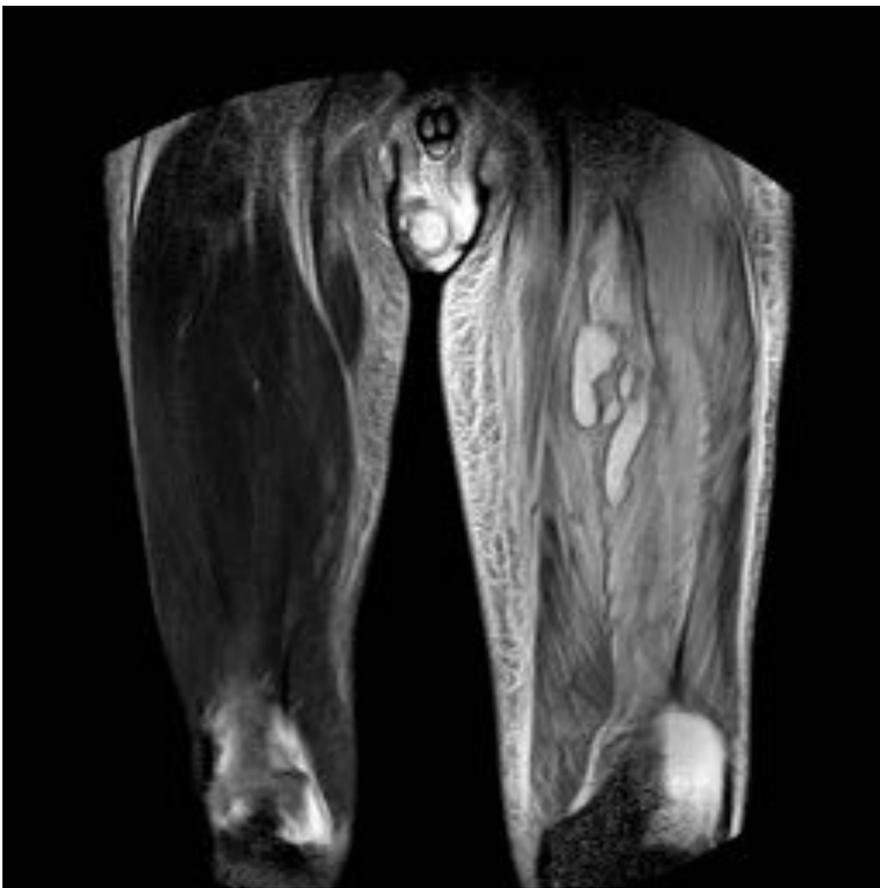
III - tardío (En función del manejo de la enfermedad)

Clínica:

Infección remite o empeoramiento con complicaciones sistémicas

Imagen:

Mejoría: Disminución progresiva de la afectación
Empeoramiento: Aumento de las colecciones



Coronal T2 con saturación:
colección en musculatura
anterior muslo



Coronal T2: 10 días despues,
empeoramiento clínico con
aumento de las colecciones

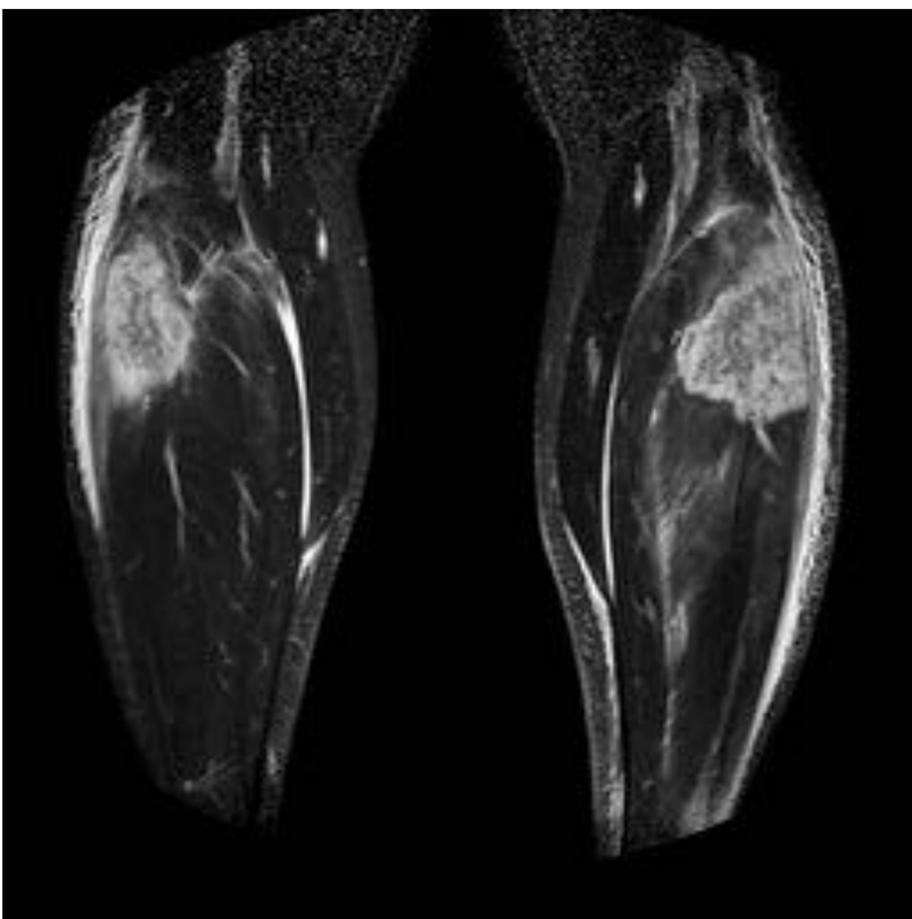
III - tardío (En función del manejo de la enfermedad)

Clínica:

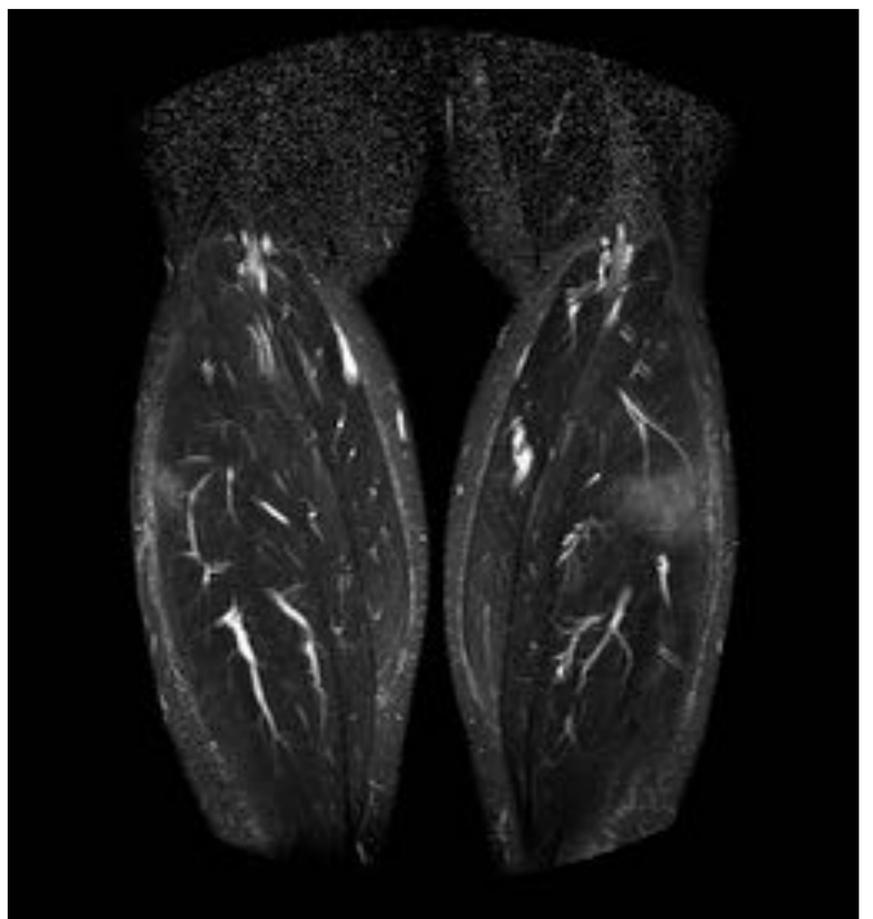
Infección remite o empeoramiento con complicaciones sistémicas

Imagen:

Mejoría: Disminución progresiva de la afectación
Empeoramiento: Aumento de las colecciones



T2 coronal: colecciones músculos posteriores de pierna



Control a los 3 meses : **buena evolución** clínica y mínimo edema residual

Diagnóstico diferencial

Los hallazgos se suelen solapar en los siguientes procesos, siendo importante la correlación clínico radiológica para el correcto diagnóstico lo mas precoz posible e implantar el tratamiento para evitar complicaciones

Hematoma/desgarro muscular

Tumores: primarios/ metástasis

Osteomielitis aguda

Trombosis venosa/ tromboflebitis

Celulitis

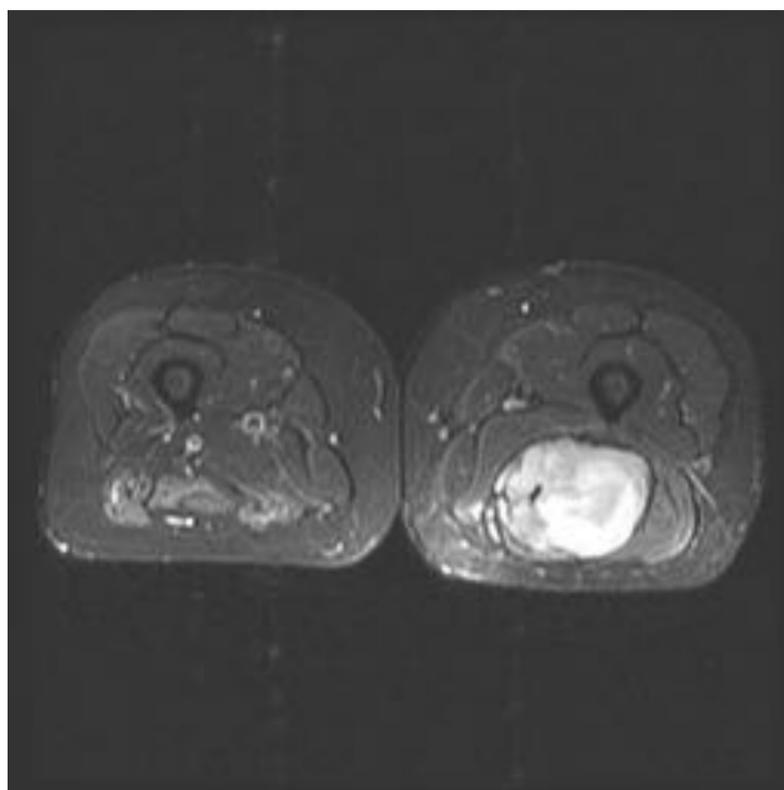
Fascitis necrosante

Artritis séptica

Diagnóstico diferencial

Hematoma:

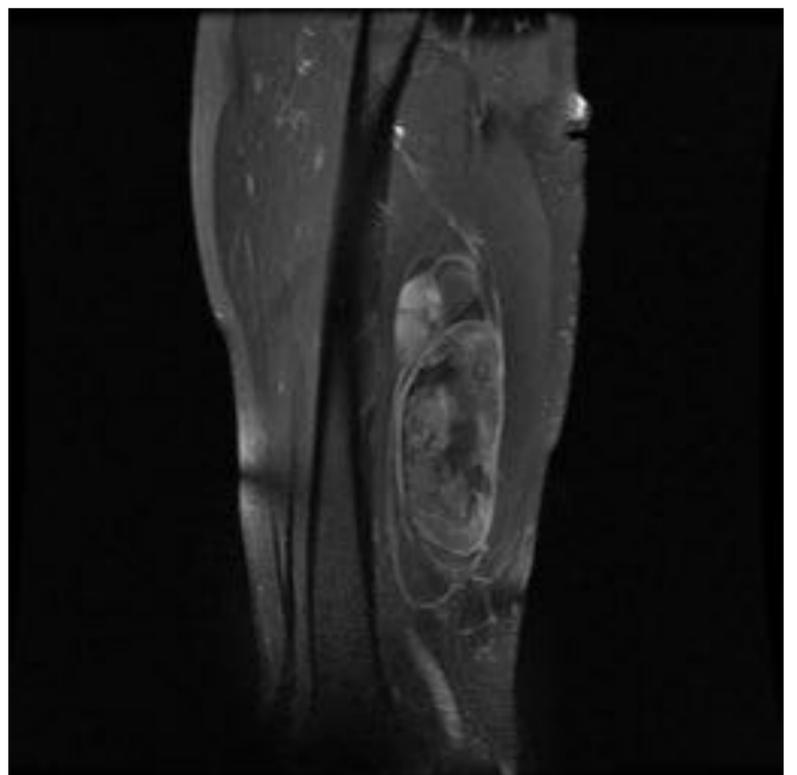
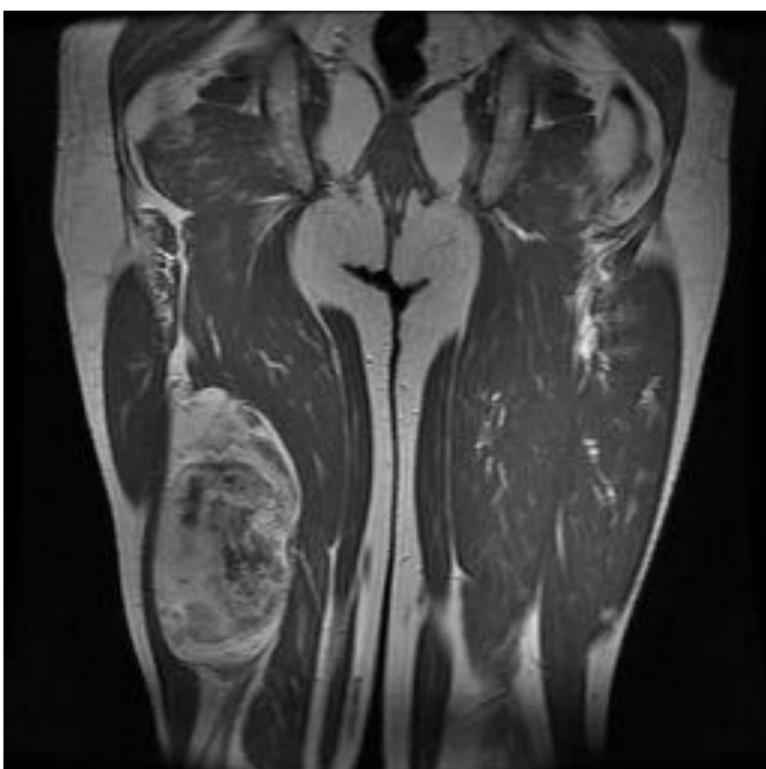
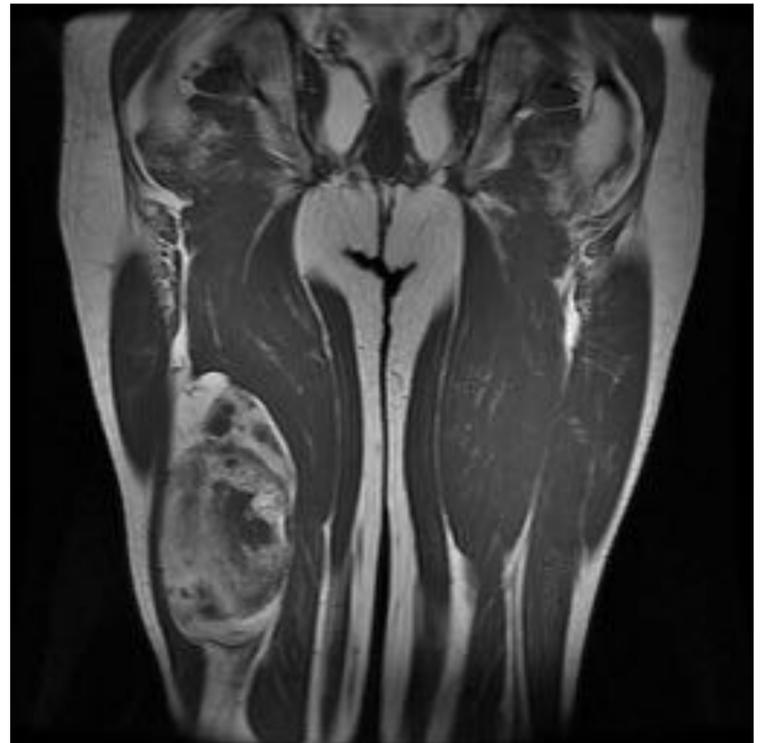
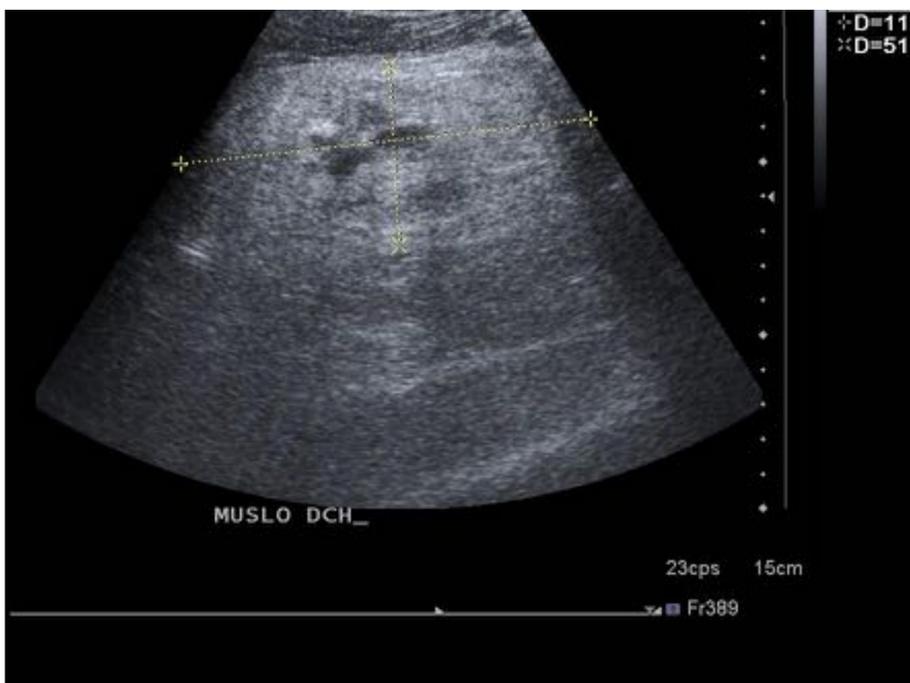
Colección bien definida en musculatura posterior del muslo con antecedente traumático con desinserción proximal de los isquiotibiales izquierdos



Diagnóstico diferencial

Liposarcoma:

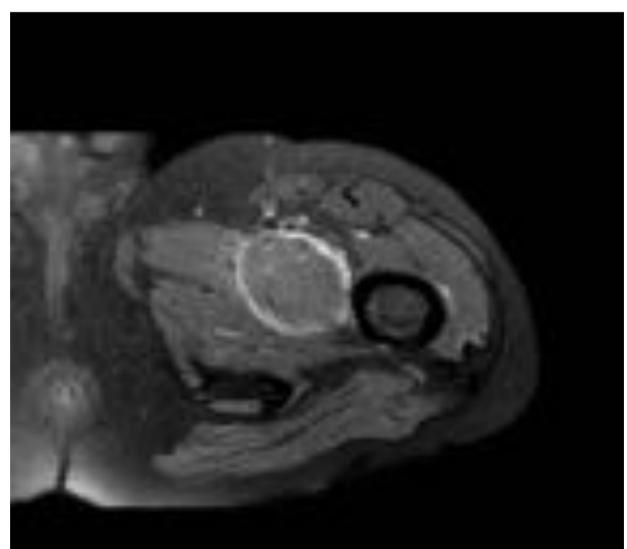
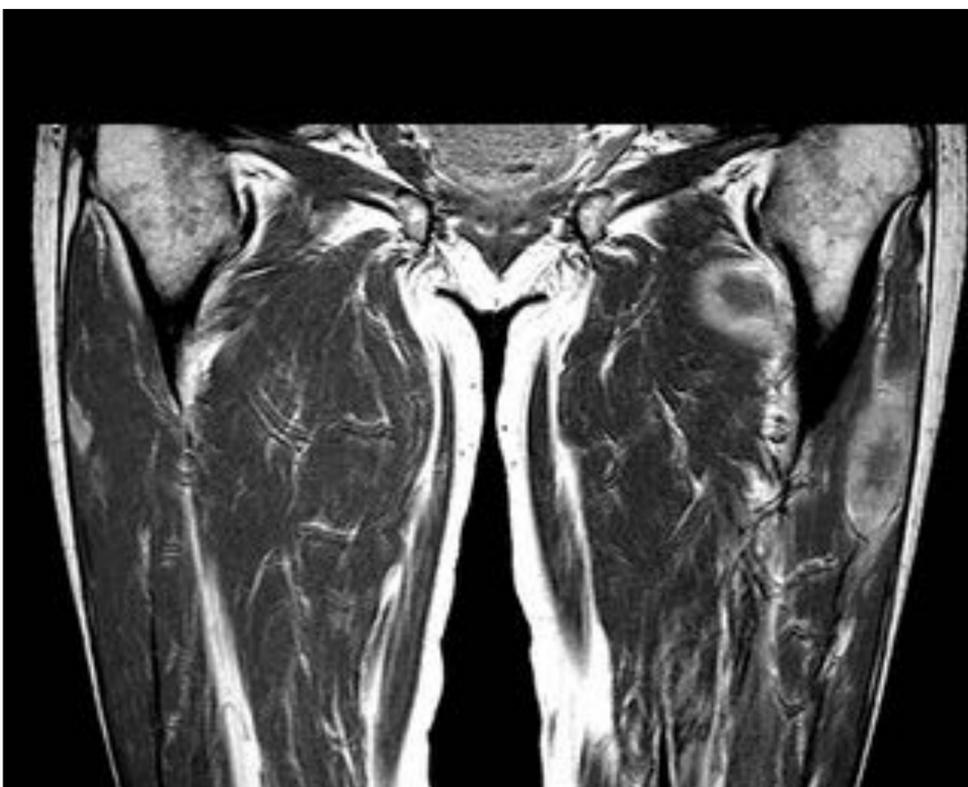
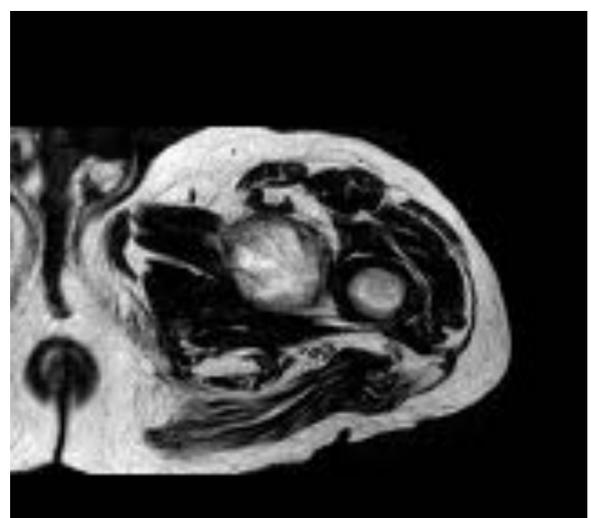
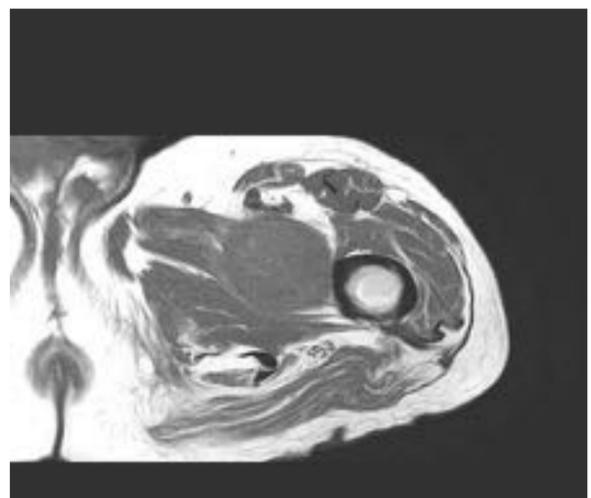
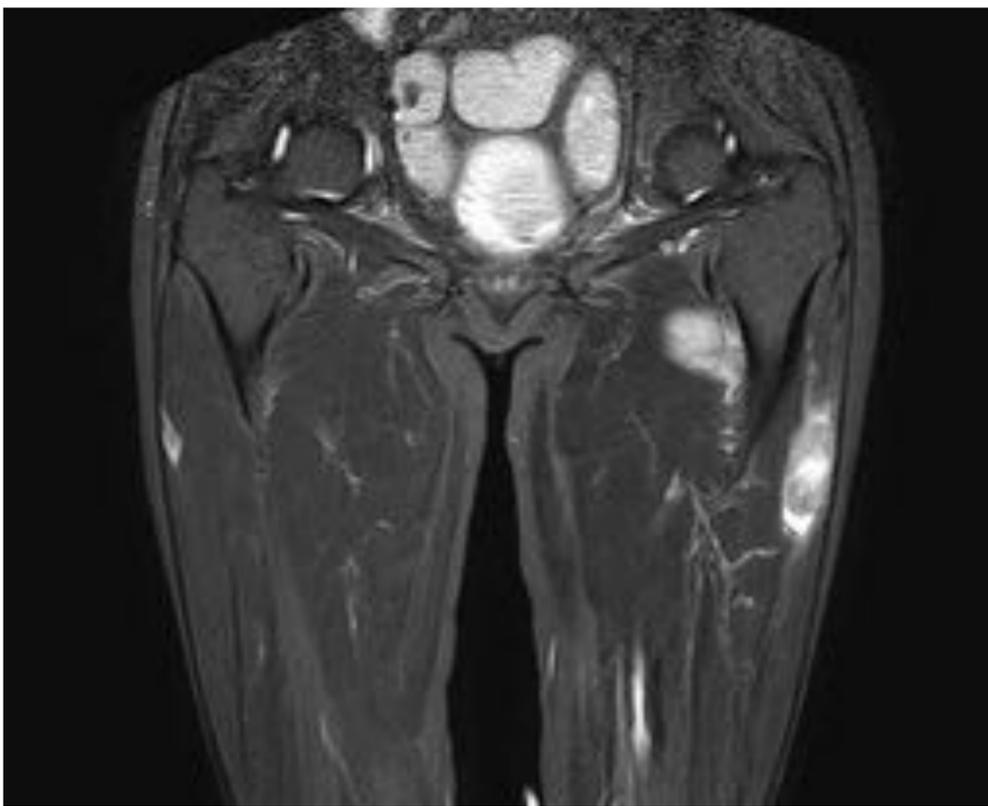
Tumoración de meses de evolución con crecimiento progresivo con áreas de hiperseñal en secuencias T1 y T2



Diagnóstico diferencial:

Metástasis :

Antecedentes de tumor primario de pulmón
y afectación metastásica también en huesos.
Lesiones múltiples



Conclusión:

La piomiositis es una infección infrecuente y potencialmente grave si no se establece un diagnóstico y tratamiento lo mas precoz posible

La RM es la prueba de imagen de elección para valorar los hallazgos de la piomiositis en sus distintas fases y valorar evolución

La RM es la prueba de imagen para valorar los posibles diagnósticos diferenciales, siendo de vital importancia valorarlos en el contexto clínico adecuado

Bibliografía:

- Kattimani R, McConnell J, Waite J. Pyomyositis of Gluteus medius: A case report and review of the literature. J Orthop Case Rep. 2017 Jul-Aug;7(4):48-50.
- Méndez N, Gancedo E, Sawicki M, Costa N, Di Rocco R. [Primary pyomyositis. Review of 32 cases diagnosed by ultrasound]. Medicina (B Aires). 2016;76(1):10-8.
- Baran E, Aguilera K, Lorenzi LM, Simoneto R, Valuntas L, Basso G. [Pyomyositis in an immunocompetent patient]. Rev Chilena Infectol. 2012 Apr;29(2):221-3.
- Cavagnaro F, Rodríguez J, Arancibia ME, Walker B, Espinoza A. [Pyomyositis in children: report of two cases]. Rev Chilena Infectol. 2013 Feb;30(1):81-5.